BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ACTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN UDS-UA-UCA Y EAS

F3.IN14.MO12.FP	8/03/2022
Versión 2	Página 1 de 4
Clasificación de la información: Publica	

I. DATOS GENERALES

Tipo de Instrumento: EAS [ ] UDS [X]

Tipo de visita: Verificación de condiciones de calidad UDS [X] Verificación de obligaciones contractuales EAS: [ ] Estratégica: [ ]

Modalidad		Servicio:						
Institucional	[ ]	Centro de Desarrollo Infantil	[ ]	Hogar Infantil	[ ]	Jardín Social	[ ]	Hogar empresarial [ ]
Familiar	[X]	HCB FAMI	[ ]	DIMF	[X]	EIR	[ ]	
Comunitaria	[ ]	Hogar Comunitario de Bienestar	[ ]	HCB Agrupado	[ ]	HCB Integral	[ ]	
Propia e Intercultural	[ ]	Forma de atención 1	[ ]	Forma de atención 2	[ ]	Forma de atención 3 Itinerante	[ ]	

HCB Múltiple	[ ]	DIER	[ ]

Fecha de verificación: 27/06/2024 Hora de inicio: 8:30 AM [X] PM [ ] Hora de finalización: 12:30 AM [ ] PM [X]

Nombre profesional encargado de la verificación:	No. Identificación:	Cargo:
Johana Alexandra Cebares H.	39583624	Enlace Seguimiento Ejecución Técnica

II. DATOS ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO - EAS

Nombre Entidad Administradora del Servicio: Corporación Infancia y Desarrollo la CID NIT: 830082544

III. DATOS DEL CONTRATO

No. CASM: 2500217 2024 No. Cupos contratados: 1048

IV. DATOS UNIDAD DE SERVICIO - UDS (no diligenciar en verificación a EAS)

Código CUÉNTAME: 25815001376 86 Regional: Cundinamarca Centro Zonal: Girardot

Nombre Unidad de Servicio: Pubenza

V. COBERTURA Y ASISTENCIA EN LA UDS/UA/UCA (no diligenciar en verificación a EAS)

Registre el total de cupos asignados a la UDS/UA/UCA	12
Registre el número total de usuarios presentes en la UDS/UA/UCA al momento de la verificación. (debe realizar el conteo de asistencia de los usuarios en cada espacio pedagógico)	11
¿El número de usuarios registrados en el Cuéntame corresponden a los cupos asignados a la UDS?	SI [X] NO [ ]
¿Los usuarios registrados en el RAM corresponden a los usuarios presentes en la Unidad al momento de la verificación?	SI [X] NO [ ]
¿El Número total de usuarios presentes en la UDS se encuentran registrados en el RAM y su vez en el sistema de información CUÉNTAME?	SI [X] NO [ ]

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICADOR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
Salud y Nutrición	11	47	La participante. M.J.C.M no evidencia en el soporte de vacunación las vacunas de los 12 y 18 meses. Se observa la novedad y el compromiso Firmado por la familia.
Salud y Nutrición	8	45	Se observa en el ADRES del participante E.S.B.A que corresponde a la Ciudad de Bogotá D.C., no se ha realizado el trámite para el traslado de la IPS, lo cual se requiere para que el niño sea atendido por Pediatría y Nutrición. Actualmente se encuentra en

VI. SITUACIÓN IDENTIFICADA

Instrucción: Describa en este apartado las situaciones identificadas que afectan la prestación del servicio en el marco del contrato de aportes y su cumplimiento en condiciones de calidad y plazos establecidos.

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/ COMPONENTE DE ATENCIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA
			riesgo de desnutrición. Se evidencia el Seguimiento en el registro de novedades y compromiso firmado por la progenitora.

VII. OBSERVACIONES DURANTE LA VERIFICACIÓN

Instrucción: Describa diferentes situaciones identificadas durantes el desarrollo de la verificación, en las cuales intervienen agentes/actores externos necesarios para garantizar la atención a los usuarios en condiciones de calidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la EAS, así como situaciones adicionales que el profesional que realiza la verificación considere. Nota: Detalle el agente/actor involucrado en la situación.

Se socializa el acta.

VIII. OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/ENTIDAD ADMINISTRADORA QUE RECIBE LA VERIFICACIÓN

1. ¿Está de acuerdo con el desarrollo de la verificación realizada?	SI [X]	NO [ ]
2. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo el respeto y la cordialidad durante el desarrollo de esta?	SI [X]	NO [ ]
3. ¿Está de acuerdo con lo registrado en la presente acta?	SI [X]	NO [ ]
4. ¿El responsable de atender la verificación recibe a satisfacción el acta?	SI [X]	NO [ ]
5. ¿El profesional que realizó la verificación mantuvo los protocolos de bioseguridad durante la permanencia de la visita?	SI [X]	NO [ ]

Instrucción: En caso que la EAS no esté de acuerdo con alguna situación descrita en el acta, por favor indique las razones que motivan su desacuerdo:

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	
OBLIGACIÓN CONTRACTUAL/COMPONENTE DE CALIDAD / # VERIFICADOR / ARGUMENTO	

IX. CIERRE DE LA VERIFICACIÓN - FIRMAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NUMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Karen Andrea Tabo Vargas	1075624116	Aux. Pedagogica	
Lady Dayana Zamora González	52886863	Agente Educativa	
Johana Alexandra Cetares H	39583624	Enlace Seguimiento T.	

Nota 1: la verificación de las obligaciones incluidas en en esta acta, no exime a la Entidad Administradora del Servicio -EAS- del cumplimiento total de las obligaciones contenidas en el convenio para la Atención a la Primera Infancia, suscrito con el ICBF
Nota 2: esta acta aplica para verificación de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales a UDS/UA/UCA y EAS